MODEL KWALITEITSSTATUUT GGZ

Dit model kwaliteitsstatuut is opgesteld en ondertekend door:

Inhoud

Sectie 1: algemeen deel

Begrippenlijst

Bekwaamheid: de zorgverlener dient voldoende kennis en ervaring te hebben ten aanzien van zijn werkzaamheden om die naar behoren te verrichten.

Bevoegdheid: de zorgverlener dient zijn werkzaamheden uit te voeren binnen de grenzen van zijn wettelijk omschreven deskundigheidsgebied.

BIG-beroepen: arts, tandarts, apotheker, verloskundige, verpleegkundige, fysiotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut.

BIG-registratie: beoefenaren van de BIG-beroepen kunnen zich in het BIG-register laten inschrijven indien zij voldoen aan de wettelijke opleidingseisen die voor hun beroep gelden en er voor hun inschrijving geen weigeringsgronden van toepassing zijn.

Integrale zorg: het geheel van activiteiten die tot doel hebben alle processen van een zorgaanbieder (in het geval van ketenzorg van meerdere zorgaanbieders) die van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg, zodanig te sturen en te borgen dat de zorg de kwaliteit heeft die men met elkaar nastreeft.

Generalistische basis-ggz: diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

Gespecialiseerde ggz: diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Gepast gebruik: de juiste inzet van hulp, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk, op alle momenten tijdens een behandeling.

Intervisie: een vorm van intercollegiale toetsing op locatie waarbij de omstandigheden waaronder en de manier waarop collegae het beroep uitoefenen worden beoordeeld.

Kwaliteitsvisitatie: een ter plaatse te verrichten onderzoek onder een groep professionals door collegae professionals, waarbij op basis van zelfevaluatie continue kwaliteitsverbetering van de zorgverlening aan patiënten/cliënten wordt nagestreefd.

Professional: een zorgverlener die om zorg te kunnen verlenen moet voldoen aan basis-kwaliteitseisen.

Professioneel handelen: de beroepsbeoefenaar handelt met de deskundigheid en zorgvuldigheid die van hem in deze situatie verwacht mag worden.

Professioneel netwerk : de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, al dan niet binnen dezelfde zorgaanbieder.

Professionele standaard: richtlijnen, beroepsrichtlijnen, gedragscodes, (veld)normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt goede zorg te verlenen.

Regiebehandelaar: de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.

Supervisie: het werken onder begeleiding van een supervisor om te leren over de gezondheidszorg.

Veldnorm: is een handelingsinstructie voor zorgvuldig en professioneel handelen in de zorg. Dergelijke veldnormen worden opgesteld door het veld zelf om aan te geven welke normen zij onderling of in hun betrekkingen met derden in acht zullen nemen en fungeren als toetssteen.

Zorgaanbieder: de rechtspersoon of individueel persoon, die zorg verleent binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Zorgverlener: de voor de zorginstelling werkzame of vrijgevestigde beroepsbeoefenaar die met de patiënt/cliënt in het kader van de behandeling of begeleiding persoonlijk contact heeft.

SECTIE I: algemeen deel

1. Inleiding

Dit is het model kwaliteitsstatuut ggz. In dit model staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het model kwaliteitsstatuut is zodanig opgesteld dat het ook toegepast kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg[1]. Het model kwaliteitsstatuut wordt gedragen door de beroeps- en brancheverenigingen in de ggz en is daarmee een veldnorm.

Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van 'geneeskundige ggz', dat wil zeggen: generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet. Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit model is voor een ggz-aanbieder verplicht doordat het is geplaatst op de transparantiekalender van het Zorginstituut. Het door de zorgaanbieder ingevulde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, wordt geleverd. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg.
Het onderhavige model kwaliteitsstatuut dient als standaard. Deze kan, waar de lokale situatie dat vereist, worden aangevuld.

De huisartsenzorg (inclusief poh-ggz) valt buiten de reikwijdte van de verplichting om een kwaliteitsstatuut te hebben.

Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is vastgelegd in publieke regelgeving en is openbaar.

2. Doelen van het kwaliteitsstatuut

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt/cliënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt/cliënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- Maakt voor de patiënt/cliënt en diens familie/naastbetrokkenen inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt/cliënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
- Dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- Stelt financiers, toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

[1] Dit met het oog op uniforme kwaliteit van zorg. Daartoe dient dan eerst door aanbieders en financiers te worden besloten. Vooralsnog is het model kwaliteitsstatuutggz opgesteld als gedragen veldnorm voor de geneeskundige ggz (Zorgverzekeringswet).

3. Algemene uitgangspunten

3.1 Patiënt/cliënt centraal

De zorgaanbieder richt de zorg zodanig in dat de patiënt/cliënt in staat wordt gesteld zelf maximaal regie te voeren over de behandeling, ook binnen de kaders van gedwongen zorg. Gezamenlijke besluitvorming door de patiënt/cliënt en professional over de behandeling en de wijze waarop samenwerking met en ondersteuning van familie en/of naasten wordt ingevuld, is hiervoor een essentiële voorwaarde.

3.2 Afstemming en samenwerking vragen om goede afspraken

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Dit gegeven brengt met zich mee dat - als er meerdere professionals betrokken zijn bij de behandeling - er een duidelijke rolverdeling tussen alle bij de behandeling betrokkenen vereist is; niet alleen als zij werkzaam zijn binnen een en dezelfde zorgaanbieder, maar ook bij afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders. In het laatste geval is er sprake van meerdere behandelovereenkomsten met de patiënt/cliënt op hetzelfde moment of opeenvolgend op elkaar.
In alle gevallen zijn afspraken vereist tussen zorgverleners over het vormgeven van de afstemming en samenwerking, over op- en afschalen en een goede overdracht.

3.3 Relatie tot wet- en regelgeving

Zorgverlening moet te allen tijde voldoen aan de professionele standaard. Zorgverleners hebben ruimte om de organisatie en inhoud van de zorg daarbinnen naar eigen inzicht in te richten. Deze ruimte wordt evenwel begrensd door wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die te allen tijde in acht dienen te worden genomen (zoals de Wkkgz, de Wet big, de Wgbo, de Zorgverzekeringswet, de Wet Bopz/Wvggz, Jeugdwet, Wlz en Wmo 2015 waar van toepassing).

3.4 Toets op uitvoerbaarheid

Zoals gezegd vraagt zorgverlening door zijn complexiteit om afspraken en regelgeving. In die zin zal het kwaliteitsstatuut een administratieve last betekenen. Deze administratieve last moet altijd in verhouding staan tot het doel waartoe zij dient. Bij het opstellen, bijstellen en evalueren van het model kwaliteitsstatuut ggz zullen de voorschriften altijd getoetst worden op proportionaliteit en uitvoerbaarheid.

4. Aanbod van zorg aan de patiënt/cliënt

4.1. De patients journey

Het kwaliteitsstatuut ondersteunt de patiënt/cliënt bij het vinden van informatie wanneer hij zich tot een zorgverlener in de curatieve ggz wendt en waaraan hij het vertrouwen kan ontlenen in goede handen te zijn. Het gaat hierbij om de informatie die hij nodig heeft om te kunnen beoordelen of hij passende en goede zorg krijgt en of hij zelf hierin de regie kan houden of nemen.
Het kwaliteitsstatuut fungeert daarmee voor de patiënt/cliënt als een gids om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot het individuele behandelproces (the patients journey).
De patiënt/cliënt gaat bij elk behandelingsproces vijf fases door:

1) Voortraject bij verwijzer
2) Aanmelding/intake
3) Diagnostiek
4) Behandeling
5) Afsluiting en nazorg

Hieronder staat elk van deze fases toegelicht.

1) Voortraject bij verwijzer

De patiënt/cliënt wendt zich tot de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz op grond van vigerende wet- en regelgeving en op grond van een verwijzing. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de patiënt/cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen.

Op de website van de zorgaanbieder is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende beleidsregel van de NZa[2]. Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen, stelt de aanbieder de patiënt/cliënt hiervan op de hoogte en kan de patiënt/cliënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier. Tot het moment dat de intake bij de zorgverlener heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de patiënt/cliënt.

2) Aanmelding/Intake

De intake is een kennismaking tussen aanbieder en patiënt/cliënt. De patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten gaan na of de aanbieder voldoet aan zijn verwachtingen. De aanbieder gaat in ieder geval na of hij een effectief en doelmatig aanbod kan formuleren dat aansluit op de zorgbehoefte, wensen en mogelijkheden van de patiënt/cliënt.

Indien de zorgaanbieder geen passend aanbod heeft dat aansluit bij de zorgvraag van de patiënt, verwijst hij de patiënt/cliënt terug naar de verwijzer. Bij voorkeur met advies voor een beter passend behandelaanbod (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid).

Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar. De zorgaanbieder informeert de patiënt/cliënt over deze afspraken. Ook bespreken professional en patiënt/cliënt hoe te handelen wanneer in deze periode de toestand van patiënt/cliënt verergert.

In het kwaliteitsstatuut geeft de aanbieder invulling aan de volgende vragen die door de patiënt/cliënt kunnen worden gesteld: *Wat gebeurt er na mijn aanmelding? Met wie heb ik een intakegesprek? Hoe wordt dat bepaald? Wie is mijn aanspreekpunt? Heb ik daarin een keuze? Hoe weet ik of deze professional voldoende deskundig is? Hoe kan ik ervan uitgaan dat deze zorgverlener als het nodig is anderen inschakelt of mij daarnaar verwijst? Heb ik daarin een keuze?*

3) Diagnostiek

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt.

[2] NZa Regeling publicatie wachttijden GGZ, NR/CU-557, ingangsdatum 1-4-2016

Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. De patiënt/cliënt heeft te allen tijde de mogelijkheid een andere zorgverlener te consulteren als hij dit wenst of als er een wettelijke basis voor is.

De patiënt/cliënt wordt op een voor hem begrijpelijke wijze op de hoogte gesteld van de diagnose en wat het betekent om die diagnose te hebben. Hij krijgt een heldere omschrijving van de relevante zorgopties, het doel, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten (zoals pijn, hinder of sociale gevolgen) mede aan de hand van eventueel eerdere ervaringen van de patiënt.
Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt.

In het kwaliteitsstatuut geeft de aanbieder invulling aan de volgende vragen die door de patiënt/cliënt kunnen worden gesteld:

Wie stelt de diagnose? Is dat ook automatisch degene die mijn verdere aanspreekpunt is en verantwoordelijk voor de behandeling? Heb ik daarin keuze? Hoe weet ik of deze zorgverlener voldoende deskundig is ? En als hij mij naar een andere verwijst voor verdere behandeling, heb ik daarin dan een keuze?

4) Behandeling

De zorgaanbieder stelt in overeenstemming met de professionele standaard samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten, een behandelplan op. Het behandelplan bevat in ieder geval:

a) de doelen met betrekking tot de zorg voor een bepaalde (te evalueren) periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt/cliënt;

b) de wijze waarop de zorgverlener en de patiënt/cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;

c) wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners, en wie de patiënt/cliënt op die afstemming kan aanspreken (de regiebehandelaar).
De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.

Afhankelijk van de duur van de behandeling wordt een afschrift van het behandelplan als brief naar de huisarts (of andere verwijzer) verstuurd, naargelang de afspraken in zijn geheel of samengevat, ofwel bij afronding van de kortdurende behandeling wordt de huisarts in kennis gesteld van het verloop en resultaat van de behandeling tenzij de patiënt/cliënt hiertegen bezwaar maakt.

Wanneer er verschillende zorgaanbieders gelijktijdig bij de behandeling van de patiënt/cliënt betrokken zijn, is samenwerking van belang. Dit vereist instemming van de patiënt/cliënt. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan.

Het behandelplan blijft gedurende de behandeling ter beschikking van de patiënt/cliënt; patiënt/cliënt heeft te allen tijde recht op inzage en kan een kopie krijgen.

In het behandelplan of in algemene voorwaarden/afspraken wordt opgenomen op welke manier te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de regiebehandelaar wordt zorggedragen.

De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de

behandeling. In het behandelplan is opgenomen welke periode hiervoor wordt gehanteerd. Hierbij zijn de uitgangspunten van gepast gebruik van toepassing.

De keuze om op- of af te schalen in de zorg is een vast onderdeel van de periodieke behandelevaluatie. Wanneer blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling kan de behandeling worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd.

Indien de behandeling wordt bijgesteld leidt dit tot een hernieuwd behandelplan dat met de patiënt/cliënt wordt afgestemd.

In het kwaliteitsstatuut geeft de zorgaanbieder invulling aan de volgende vragen die door de patiënt/cliënt kunnen worden gesteld: *Wie stelt het behandelplan op? Welke stem heb ik daarin? Hoe weet ik dat hij deskundig is? Hoe gaat hij bijvoorbeeld om met het gegeven dat ik meerdere problemen heb? Wie is mijn aanspreekpunt tijdens de behandeling? Welke inspraak heb ik hierbij? Wanneer kan ik een beroep op diegene doen?* *Hoe is geregeld dat alle activiteiten die in het kader van de behandeling moeten plaatsvinden op het juiste moment, door de juiste zorgverlener op de juiste plaats worden uitgevoerd? Wie kan ik aanspreken? Wat als ook andere zorg nodig is dan hij kan bieden? Hoe is medicatie geregeld? Wat als ik van mening verander over mijn behandeling of behandelaar? Wie houdt bij of de behandeling gewenste effect sorteert? Waar kan ik terecht als ik een klacht heb over mijn behandeling/behandelaar?*

5) Afsluiting/nazorg

De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. De verwijzer wordt hiervan in kennis gesteld middels een afrondingsbrief, tenzij de patiënt/cliënt hiertegen bezwaar maakt. Indien vervolgbehandeling nodig is, wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer. De vervolgbehandelaar wordt, indien relevant, in kennis gesteld van het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvies, tenzij de patiënt/cliënt hier bezwaar tegen maakt.
Een afschrift van de afrondingsbrief volstaat hierin. Eventueel worden ook de naasten van de patiënt/cliënt geïnformeerd als de zorg wordt afgesloten.

De regiebehandelaar autoriseert de beëindiging van de DBC conform de NZa-regelgeving.

In het kwaliteitsstatuut geeft de zorgaanbieder invulling aan de volgende vragen die door de patiënt/cliënt kunnen worden gesteld: *Word ik betrokken bij het besluit dat de behandeling afgesloten kan worden? Hoe wordt dat besluit genomen? Wat als de behandeling klaar is, maar er is nog begeleiding nodig? Krijg ik dan van iemand anders zorg? Is diegene dan mijn aanspreekpunt? Heb ik daar zelf iets over te zeggen?*

4.2 Regiebehandelaar

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt/cliënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar. Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar.
De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep.
In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een – gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing (NLQF7);
- BIG-registratie;
- relevante werkervaring;
- periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

In sectie II en sectie III wordt nader uitgewerkt hoe het regiebehandelaarschap respectievelijk in de vrijgevestigde praktijk en de instelling nader wordt ingevuld.

In geval van interdisciplinaire dan wel multidisciplinaire behandeling geldt het volgende:
De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt/cliënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt/cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd.

Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt/cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de patiënt/cliënt.
Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken. De patiënt/cliënt kan in samenspraak met de zorgaanbieder kiezen wie van de bij de behandeling betrokken zorgverleners als regiebehandelaar zal optreden.

Vanwege het belang van continuïteit van zorg is een wisseling van regiebehandelaar in beginsel ongewenst. Een wisseling van regiebehandelaar gebeurt altijd in overleg met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten, en is wel mogelijk of wenselijk in geval van:

- een nieuwe fase van de behandeling
- een wijziging in het behandelplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener(s) of van het zwaartepunt in de behandeling
- op verzoek van de patiënt (met redenen omkleed)
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of ontslag)

Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier.

De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners[3] en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost voorziet de zorgaanbieder in een escalatieprocedure waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik kunnen maken. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

Overige taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar:

1. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

2. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.

3. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt/cliënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt/cliënt vastgestelde behandelplan.

4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt/cliënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt/cliënt.

5. De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt/cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling.

4.3 Vormgeven gepast gebruik

Met dit kwaliteitsstatuut geeft de zorgaanbieder aan hoe zij gepast gebruik bevordert. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Kwaliteitsstandaarden vormen hiervoor het uitgangspunt. Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt/cliënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig.

[3] Of deze zorgverleners bij dezelfde aanbieder werkzaam zijn, of dat er sprake is van verschillende aanbieders, maakt een verschil voor coördinatie van de samenwerking. Hier wordt in sectie II (vrijgevestigden) en sectie III (ggz-instellingen) aandacht aan besteed.

De zorgaanbieder zorgt daarom, naast de zaken die elders in dit kwaliteitsstatuut genoemd zijn, dat de volgende zaken in zijn organisatie/praktijk geregeld zijn:

- dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden;
- er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care);
- de effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door:
  a) Het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling, indien deze zijn opgenomen in zorgstandaarden
  b) Intervisie en peer reviews.

Ten behoeve van benchmarking leveren zorgaanbieders in de curatieve ggz hun ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

5. Verantwoording, toetsing en controle van het kwaliteitsstatuut

Voor alle zorgaanbieders gelden eisen op het gebied van kwaliteit, verantwoording, toetsing en controle. Dit algemene deel van het modelstatuut voegt hieraan een aantal normen toe. In de volgende delen van het model kwaliteitsstatuut zijn specifieke normen beschreven voor de behandelsettings van vrijgevestigde aanbieders (sectie II) en voor zorginstellingen (sectie III).
Een zorgaanbieder valt onder sectie II indien deze voldoet aan de onderstaande kenmerken:

1. De cliënt/patiënt kiest zelf zijn regiebehandelaar, die dus ook behandelt.

2. De regiebehandelaar is persoonlijk zorginhoudelijk verantwoordelijk, levert de zorg zelfstandig, tenzij er sprake is van een opleidingssituatie (een opleiding wordt niet beschouwd als medebehandelaar) of waarneming.

3. De vrijgevestigde praktijk bestaat uit zich niet hiërarchisch tot elkaar verhoudende in de Wet big-geregistreerde regiebehandelaren.

4. De vrijgevestigde praktijk is zelfstandig en is niet verbonden aan een instelling; er is geen sprake van juridische en/of financiële afhankelijkheid van een andere rechtspersoon.

5. De vrijgevestigde praktijk bestaat uit eigenaar-praktijkhouders i.c. iedereen werkt voor eigen rekening/risico.

6. De regiebehandelaar en/of vrijgevestigde praktijk is in het bezit van een AGB-code categorie 94 of 30.

In alle andere gevallen is sectie III van toepassing.

Door middel van ondertekening van zijn kwaliteitsstatuut verklaart de zorgaanbieder de in dit model opgenomen normen in acht te nemen. Wanneer de zorgaanbieder specifieke aanvullingen wil toevoegen aan zijn kwaliteitsstatuut kan deze dat doen.

Wanneer de zorgaanbieder een cliëntenraad en een familieraad heeft, wordt het kwaliteitsstatuut afgestemd en geëvalueerd met deze raden. De zorgaanbieder evalueert en actualiseert jaarlijks zijn kwaliteitsstatuut.

6. Doorontwikkeling model kwaliteitsstatuut en periodieke evaluatie

Dit model kwaliteitsstatuut is een levend document. Het zal periodiek worden geëvalueerd en bijgesteld conform het vastgelegde onderhoudsplan.

Bij de evaluatie zal de werking van het modelstatuut worden beoordeeld aan de hand van de algemene uitgangspunten zoals beschreven in hoofdstuk 3.

In de doorontwikkeling zal steeds expliciete aandacht zijn voor initiatieven die gebruik maken van de innovatieregel van de NZa, alsmede voor nieuwe beroepen die beoordeeld worden op toelating tot de secties II en III.

SECTIE II: VRIJGEVESTIGDEN

1. Inleiding

In de ggz zijn naast geïntegreerde ggz-instellingen veel professionals werkzaam in een vrijgevestigde praktijk, zowel in de generalistische basis-ggz als ook in de gespecialiseerde ggz. Op hen is deze sectie van toepassing. In paragraaf 5 van sectie I is beschreven welk criterium hiervoor geldt.
Hetgeen hier beschreven staat, moet gezien worden als een aanvulling op deel I van het model kwaliteitsstatuut. Op een aantal items is de situatie van vrijgevestigden nader uitgewerkt.

Geef in het kwaliteitsstatuut aan wat uw professionele achtergrond is, voor welke problematiek patiënten bij uw praktijk terecht kunnen en hoe u de kwaliteit van de behandeling waarborgt.

2. Doelen van het kwaliteitsstatuut

Binnen de doelen zoals geformuleerd in het algemene deel van het model kwaliteitsstatuut, is het kwaliteitsstatuut bij de vrijgevestigde praktijk met name gericht op het transparant maken van de kwaliteit van het individuele professionele handelen en de inbedding van de vrijgevestigde zorgaanbieder in een breder professioneel netwerk.

3. Algemene uitgangspunten

3.1 Patiënt/cliënt centraal
Het kenmerk van de vrijgevestigde praktijk is dat de patiënt/cliënt met een behandelaar te maken heeft in alle fasen van de behandeling. Deze is daarmee automatisch de regiebehandelaar die uitvoering geeft aan de behandeling. Dit betekent een directe verantwoordelijkheid van de professional ten aanzien van de relatie patiënt/cliënt en behandelaar en de periodieke toets op de kwaliteit van die relatie.

Geef aan hoe de relatie patiënt-behandelaar in uw praktijk gemonitord wordt.

3.2 Samenwerking vraagt goede afspraken
Indien de zorgbehoefte van de patiënt/cliënt er om vraagt, moet de vrijgevestigde andere zorgverleners inschakelen bij de behandeling. De vrijgevestigde praktijk spreekt dan met de andere zorgverlener(s) af wie voor de patiënt regiebehandelaar is.
Het kan ook zijn dat andere zorgverleners al bij de patiënt/cliënt betrokken zijn. Er is dan sprake van verschillende behandelovereenkomsten met één patiënt/cliënt. De professional spant zich in om een constructieve (interdisciplinaire) afstemming of samenwerking tot stand te brengen. Hiervoor is de toestemming van de patiënt/cliënt vereist en heeft de patiënt/cliënt bij voorkeur ook zelf de regie.

In het behandelplan en in algemene voorwaarden/afspraken van uw praktijk wordt opgenomen op welke manier te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens ziekte en vakantie van de regiebehandelaar wordt zorggedragen.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Waar de patiënt/cliënt terecht kan gedurende avond/nacht/weekend/crises en welke afspraken u heeft met HAP, SEH, en ggz-crisisdienst;

- Waar de patiënt/cliënt terecht kan tijdens uw afwezigheid gedurende vakantie en ziekte;
- Dat u een draaiboek heeft voor het geval de praktijk plotseling sluit wegens overlijden of andere calamiteiten;
- Welke professionals betrokken zijn in uw professionele netwerk.
- In welke situaties u gebruikt maakt van de expertise in uw netwerk/wie u onder welke omstandigheden consulteert.

3.3 Relatie tot wet- en regelgeving

Zorgverlening moet te allen tijde voldoen aan de professionele standaard en de stand van de wetenschap. Vrijgevestigden richten de inhoud van de behandeling in binnen deze kaders, afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt/cliënt in. Zij houden zich daarbij aan wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die te allen tijde in acht dienen te worden genomen (zoals de Wkkgz, de Wet big, de Wgbo, de Zorgverzekeringswet, de Wet Bopz/Wvggz, Jeugdwet, Wlz en Wmo 2015 waar van toepassing).

4. Aanbod van zorg aan de patiënt/cliënt

In de *generalistische basis-ggz (gbggz)*[4] kunnen de volgende professionals in vrije vestiging als regiebehandelaar optreden:

- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog[5]

In de *gespecialiseerde ggz (gggz)* treden de volgende professionals in vrije vestiging op als regiebehandelaar:

- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychiater

Om als professional in een vrijgevestigde praktijk zorg te kunnen verlenen in de gbggz en de gggz moet men in ieder geval voldoen aan een aantal basis-kwaliteitseisen. Deze vloeien onder meer voort uit de Wet big. Daarnaast stellen beroepsverenigingen aanvullende eisen. Het gaat hier om eisen op het terrein

[4] Indien bij de doorontwikkeling van de productstructuur een aanpassing in de producten van de gbggz zou plaatsvinden, waarbij bv de groep 'chronisch' (op termijn) breder opgevat zou gaan worden dan nu, zou de psychiater mogelijk geïncludeerd moeten worden als regiebehandelaar.

[5] De klinisch neuropsycholoog is een specialisme van de GZ-psycholoog. De KNP kan op basis van aanvullende expertise worden ingezet in de gespecialiseerde ggz op het gebied van dubbeldiagnose. Dat zijn vaak complexe patiënten, mensen met vormen van NAH maar ook autisme, ADHD en daarnaast psychische- of gedragsmatige problemen die naast psychotherapie ook een KNP invalshoek vragen. Het gaat dus om zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten.

van herregistratie, werkervaring en bij/nascholing en eisen ten aanzien van deelname aan supervisie/intervisie/kwaliteitsvisitatie.

Beschrijf in uw kwaliteitsstatuut aan welke kwaliteitseisen u voldoet voortvloeiend uit uw beroepsregistratie, specialisme of beroepsvereniging.

Voortraject bij verwijzer/huisarts
De patiënt/cliënt wendt zich conform wet- en regelgeving op grond van een verwijzing tot de zorgverlener in de gbggz of gggz. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de patiënt/cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen. Tot het moment dat de intake bij de vrijgevestigde heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de patiënt.

In uw kwaliteitsstatuut geeft u aan waar de patiënt/cliënt informatie over uw wachttijden kan vinden. U verstrekt deze informatie conform de vigerende beleidsregel van de NZa.

Aanmelding/Intake
Voor de vrijgevestigde praktijk geldt dat degene die de intake doet ook de regiebehandelaar zal zijn gedurende het verdere verloop van de behandeling.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan:

- Hoe uw praktijk met de privacy van de patiënt/cliënt omgaat ten aanzien van het delen van uw gegevens met andere behandelaars, ten aanzien van situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken kan worden (bijvoorbeeld conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld, materiële controle);
- welke instrumenten/methoden uw praktijk gebruikt om de voortgang van de behandeling te monitoren;
- hoe uw praktijk de tevredenheid van patiënt/cliënten meet;
- welke tarieven uw praktijk hanteert;
- hoe uw praktijk omgaat met niet nagekomen afspraken (no show);
- hoe de vergoeding van de behandeling plaatsvindt;
- met welke zorgverzekeraars uw praktijk een contract heeft en wat dit betekent voor eventuele wachttijden en vergoeding van de behandeling;
- waar de patiënt/cliënt terecht kan met klachten over de behandeling of behandelaar.

Diagnostiek

In de vrijgevestigde praktijk wordt de diagnostiek in vrijwel alle gevallen uitgevoerd door de behandelend professional zelf. Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. Dit gebeurt altijd transparant, expliciet verantwoord en conform regelgeving. De vrijgevestigde professional kan en moet tevens andere professionals consulteren ten behoeve van de diagnostiek wanneer de diagnostische vraag de eigen bekwaamheid overstijgt.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan welke medewerkers verbonden zijn aan uw praktijk, welke rol zij hebben in het diagnostisch proces en welke professionals u mogelijk consulteert in het kader van de diagnostiek.

Behandeling

In de vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling in principe zelf uit.

De vrijgevestigde professional werkt conform de stand van de wetenschap en de professionele standaard (kwaliteitsstandaarden en overige voor de behandeling en beroepsgroep geldende richtlijnen en handreikingen).

Wanneer er verschillende zorgaanbieders gelijktijdig bij de behandeling van de patiënt/cliënt betrokken zijn is afstemming of samenwerking van belang, maar dit vereist ook instemming van de patiënt/cliënt. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan. De vrijgevestigde spant zich in voor het tot stand komen en onderhouden van die afstemming of samenwerking.

Afsluiting/nazorg

De regiebehandelaar monitort met regelmaat de voortgang van de behandeling in relatie tot het behandeldoel. Hij stuurt daarbij op gepast gebruik van zorg. In afstemming met de patiënt/cliënt wordt de behandeling op een passend moment door de regiebehandelaar afgesloten. Indien vervolgbehandeling nodig is, wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer.

Geef in uw kwaliteitsstatuut aan hoe uw praktijk ten algemene vorm geeft aan de evaluatie en afronding van de behandeling en nazorg aan uw patiënten/cliënten. Maak transparant voor de patiënt/cliënt welke informatie u in dit kader deelt. Zorg dat de instemming van de patiënt/cliënt gewaarborgd wordt.

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de vrijgevestigde de volgende bijlagen toe:

- bewijsvoering van de basis-kwaliteitseisen: deelname intervisie/kwaliteitsvisitatie conform de regels van de beroepsgroep of een verwijzing naar de eisen van herregistratie voor het specialisme (psychiaters);
- een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens;
- een beschrijving van het professionele netwerk waarin de professional acteert;
- klachtenregeling of verwijzing naar een door de beroepsgroep vastgestelde klachtenregeling;
- indien van toepassing een bewijs van lidmaatschap van de beroepsvereniging.

SECTIE III Ggz-instellingen

1. Inleiding

In dit deel van het model kwaliteitsstatuut wordt specifiek ingegaan op de situatie van zorg die binnen ggz-instellingen wordt geleverd. Het is een aanvulling op hetgeen in sectie I van het modelstatuut is genoemd.

2. Invulling regiebehandelaarschap

Binnen ggz-instellingen wordt zorg verleend in de generalistische basis-ggz en in de gespecialiseerde ggz. In deze paragraaf is beschreven hoe het regiebehandelaarschap in beide echelons, voor instellingen die ggz aanbieden, moet worden ingevuld.

2.1 De generalistische basis-ggz

Voor ggz-instellingen geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de generalistische basis-ggz:

- GZ-psycholoog
- Klinisch psycholoog /klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist ggz
- Indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
- Indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts

Binnen de generalistische basis-ggz is altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor advies of consultatie[6].

2.2. De gespecialiseerde ggz

De oorzaken van psychische stoornissen kunnen sterk van elkaar verschillen. In het algemeen zijn daarbij biologische, psychologische en sociale factoren te onderscheiden of een combinatie ervan. Hoe ernstiger de psychische problematiek hoe meer van deze factoren een rol kunnen spelen. De aard van deze factoren is van belang bij de vormgeving van de behandeling: de zorgbehoefte van de patiënt/cliënt is bepalend voor de inzet van de juiste expertises.

Naast deze factoren kan het spoedeisende karakter en de eventuele dreiging die daaruit voortvloeit voor de patiënt/cliënt of derden bepalend zijn voor de inhoud van de behandeling (crisis of niet en opname of niet) en voor de keuze voor de regiebehandelaar. Bij het bepalen van een regiebehandelaar voor een patiënt/cliënt zijn deze factoren en de aard van het spoedeisende karakter meebepalend.

[6] Indien bij de doorontwikkeling van de productstructuur een aanpassing in de producten van de gbggz zou plaatsvinden, waarbij bv de groep 'chronisch' (op termijn) breder opgevat zou gaan worden dan nu, zou de psychiater mogelijk geïncludeerd moeten worden als regiebehandelaar.

Bij ggz-instellingen worden behandelingen binnen de gespecialiseerde ggz gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team. Verder gelden bij het bepalen van de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz de volgende uitgangspunten:

- Bij de intake legt de zorginstelling vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit is in deze fase de regiebehandelaar. Als blijkt dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan wordt de patiënt/cliënt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of terugverwezen naar de verwijzer.
- Voor alle categorieën patiënten/cliënten in de gespecialiseerde ggz geldt dat daarvoor de psychiater en de klinisch psycholoog altijd als regiebehandelaar kunnen fungeren.
- Voor een aantal patiënten/behandeltrajecten in de gespecialiseerde ggz kan de inzet van een ander type regiebehandelaar worden overwogen.
- De behandelaars die naast de psychiater en klinisch psycholoog ook regiebehandelaar kunnen zijn, zijn: de verslavingsarts, de specialist ouderengeneeskunde, de klinisch geriater, de psychotherapeut, de klinisch neuropsycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de GZ-psycholoog. De ggz-aanbieder maakt hierin eigen keuzes, mede afhankelijk van de aanwezigheid van zorgverleners binnen de organisatie of binnen het netwerk.
- Bij een klinische opname is de regiebehandelaar in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog.
- In overleg met de klinisch werkzame psychiater of klinisch psycholoog kan worden besloten dat de ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft.
- Bij een crisis-DBC wordt altijd een psychiater geconsulteerd. Hiervoor is geen direct patiëntcontact noodzakelijk.
- De uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar wordt gemaakt in overleg met de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger en vastgelegd in het behandelplan en de behandelovereenkomst.

Specifieke taken van de regiebehandelaar binnen de gespecialiseerde ggz zijn:

- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces, draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose en stelt samen met de patiënt/cliënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt/cliënt.
- Blijkt tijdens de intake alsnog dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de patiënt/cliënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts.
- Als delen van het intake-/diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt/cliënt bij de beoordeling betrokken zijn.
- Indien de regiebehandelaar een ander is dan een psychiater of klinisch psycholoog, draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden besproken in het multidisciplinair team.

- De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinair team wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt/cliënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

In de gespecialiseerde ggz is in beginsel sprake van de volgende combinatie tussen de verschillende behandelsettingen en type zorgverleners die als regiebehandelaar kunnen fungeren.

Regiebehandelaar	**Beschrijving van de setting waarin de professional als regiebehandelaar kan optreden in de gespecialiseerde ggz (gggz)**
Psychiater, klinisch psycholoog	Binnen de gespecialiseerde ggz is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor patiënten en/of andere zorgverleners, zo nodig ter plaatse. In alle settings in de gggz kan de psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar optreden. De psychiater wordt ongeacht de specifieke behandelsetting ten minste geconsulteerd en bij evaluaties betrokken: a. wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt/cliënt (waaronder suïcidegevaar) b. wanneer ECT overwogen/ingesteld wordt c. indien middelen- of maatregelentoepassing dan wel dwangbehandeling in het kader van de Bopz of Wgbo (alleen niet-psychiatrische behandeling) overwogen wordt d. in geval van (Bopz)opname en het afgeven van een geneeskundige verklaring in het kader van de Bopz e. indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt f. indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek g. indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding h. wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard) Bij punt a. en e. kan in plaats van een psychiater ook een klinisch psycholoog worden ingeschakeld. Bij punt h. kan ook een verpleegkundig specialist ggz of klinisch psycholoog worden ingeschakeld. Wanneer er sprake is van een behandeltraject in het kader van Bopz/Wvggz is de psychiater altijd persoonlijk betrokken bij behandelevaluaties en bij momenten waarop nieuwe vormen van dwang (behandeling) worden overwogen en/of wanneer dwang geïntensiveerd of afgeschaald kan worden. Bij een verschil van inzicht tussen de betrokken psychiater en de regiebehandelaar (wanneer deze niet de psychiater is) wordt opgeschaald naar de geneesheer-directeur.

Verpleegkundig specialist ggz	Bij patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren. Het gaat om patiënten/cliënten met een langer bestaande stoornis, of patiënten/cliënten met een hoog complexe rehabilitatievraag. Alsook laagcomplexe, protocollair behandelbare medische zorg die niet past binnen de generalistische basis-ggz.
Psychotherapeut	Bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders.
Gz-psycholoog	Bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname.
Verslavingsarts KNMG	Bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook de zogenaamde gedragsverslavingen als pathologisch gokken, eetverslaving, koopverslaving, seksverslaving, gamen en internetgebruik zonder controle; wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen
Klinisch neuropsycholoog	Bij zorgvragen met specifieke neuro-psychologische componenten.
Klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde	Voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie.

3. De behandelaar in de gespecialiseerde ggz

Met de behandelaar wordt in dit model kwaliteitsstatuut bedoeld de professional die uitvoering geeft aan (een deel van) de behandeling en die niet de rol van regiebehandelaar heeft.

De behandelaar in de gespecialiseerde ggz die geboden wordt door ggz-instellingen handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma en/of zoals deze voortvloeien uit de wet- en regelgeving.

Hij ontleent zijn verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid. Hij is gehouden zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Intervisie en supervisie zijn hierbij essentiële instrumenten.

Specifieke taken en verantwoordelijkheden van de behandelaar in de gespecialiseerde ggz:

- De behandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan;
- De behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen;
- Hij voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken;
- Hij volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn/haar eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar wanneer hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen;
- Bij afsluiting van zijn deel van de behandeling stelt hij de regiebehandelaar daarvan in kennis.

Wanneer er sprake is van een verschil van mening of inzicht met de regiebehandelaar over de te volgen behandeling van een patiënt/cliënt, kan de behandelaar een beroep doen op de door de zorgaanbieder opgestelde escalatieprocedure. Wanneer dit verschil van inzicht verplichte zorg betreft wordt opgeschaald naar de geneesheer-directeur.

4. Organisatie van de zorg

De ggz-instelling is verantwoordelijk voor de organisatie van de zorgverlening en de monitoring daarvan op zodanige wijze dat er sprake is van een veilige zorgomgeving; zowel in de generalistische basis-ggz als in de gespecialiseerde ggz.

Inzake de totale organisatie van de zorg beschrijft de ggz-instelling in zijn kwaliteitsstatuut ggz:

- hoe hij mogelijk maakt en er op toeziet dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden;
- de procedure die hij hanteert voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon;
- met welke andere zorgaanbieders hij reguliere samenwerkingsafspraken heeft en met welk doel;
- hoe het overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren is geregeld (o.a. frequentie, wijze van verslaglegging);
- welke regeling van toepassing is indien bij een zorgproces betrokken zorgverleners het onderling oneens zijn (escalatieprocedure);
- hoe bewaakt wordt dat zorgverleners voldoen aan hun wettelijke dossierplicht;
- hoe het dossiersysteem is ingericht zodanig dat de relevante gegevens toegankelijk zijn voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening aan de patiënt/cliënt;
- hoe hij wachttijden monitort en wachttijdinformatie voor patiënten/cliënten en anderen toegankelijk maakt;
- dat hij ROM-gegevens aanlevert aan SBG die op geaggregeerd niveau beschikbaar zijn ten behoeve van benchmarking.

Inzake het zorgproces van individuele patiënten/cliënten beschrijft de ggz-instelling in zijn kwaliteitsstatuut ggz:

- hoe de overdracht van zorg en/of behandeling aan andere partijen wordt overgedragen;
- welke informatie over patiënten/cliënten naar de verwijzer en andere zorgverleners gaat, rekening houdend met wet- en regelgeving over privacy en medisch beroepsgeheim;
- hoe patiënten/cliënten en/of hun naasten kunnen handelen als er na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval.

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen toe:

- een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI en/of ander keurmerk);
- een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens;
- zijn algemene leveringsvoorwaarden;
- het binnen de instelling geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatie-procedure in is opgenomen.